

Clinique et Étude de cas *Clinique et Étude de cas*

Perspectives nouvelles dans le traitement de l'éjaculation précoce

« New prospects in the treatment of premature ejaculation »

Philippe Kempeneers^{1,2}, Sabrina Bauwens³ & Pascal De Sutter⁴

Résumé

On connaît actuellement deux grandes formes de traitement de l'éjaculation précoce : la méthode « classique » lancée par Masters et Johnson en 1970 et, d'apparition plus récente, l'utilisation d'antidépresseurs sérotoninergiques. Bien qu'elles présentent toutes deux une certaine efficacité, ces méthodes comportent également plusieurs inconvénients : justification théorique imprécise, exécutions fréquemment inadéquates, nécessité d'une collaboration de la partenaire, inélégance relative et rechutes fréquentes pour la méthode mastersienne ; action purement symptomatique et effets indésirables pour la méthode pharmacologique.

Une synthèse de plusieurs travaux permet de poser un regard neuf sur les causes de l'éjaculation précoce et de légitimer ainsi au plan théorique une série de techniques thérapeutiques originales proposées par De Carufel (1996) et Desjardins (1985). Ces techniques ont pour particularité d'insister sur le rôle d'une modulation de l'excitation sexuelle pour prolonger la latence éjaculatoire et de favoriser à cette fin le développement d'une gestuelle coïtale spécifique. Des études cliniques menées ces dernières années indiquent que les traitements qui intègrent ces techniques s'avèrent au moins aussi efficaces que la méthode classique et permettent probablement de dépasser certains inconvénients liés à cette dernière : plus claire au niveau théorique, elle serait également d'usage plus souple et davantage capable de réaliser l'économie d'une collaboration active de la partenaire.

Mots-clés : éjaculation précoce, traitements, régulation de l'excitation sexuelle

Abstract

At the moment, the scientific community recognizes two main treatments of premature ejaculation : (1) the «classical» method elaborated by Masters and Johnson in 1970 and (2) a pharmacological method consisting in using antidepressant drugs, mostly those with a serotonergic action. Although they are both relatively effective, these methods also have their drawbacks: uncertain theoretical basis, frequently unsuitable application, need for partner's collaboration, a certain lack of eroticism and frequent relapses for the classical method; strictly symptomatic action and side effects for the pharmacological method.

A synthesis of several works throws new light on the causes of premature ejaculation and offers thus a theoretical justification to a set of original therapeutic techniques elaborated by De Carufel (1996) and Desjardins (1985). The particularity of these techniques is that they stress the importance of regulating the sexual arousal in order to increase the ejaculatory latency and to promote a specific behaviour in order to achieve this goal during coitus. Clinical studies conducted over the past few years show that treatments including these techniques are at least as effective as the classical method and are probably able to overcome some of its drawbacks: the regulation techniques seem clearer from a theoretical point of view, easier to apply and more able to work without the partner's collaboration.

Key words : premature ejaculation – treatments – regulation of sexual arousal

¹ Service de Psychologie Clinique, Université de Liège, Boulevard du Rectorat, B33, B-4000 Liège (B)

² Clinique Psychiatrique des Alexiens, Ruyff, 68, B-4841 Henri-Chapelle (B)

³ Centre de Planning Familial le " 37 ", Rue Saint Gilles, 29, B-4000 Liège (B)

⁴ Institut d'Etudes de la Famille et de la Sexualité, UCL, Place Cardinal Mercier, 10, B-1348 Louvain-la-Neuve (B)

Introduction

Il existe actuellement deux grandes formes de traitement de l'éjaculation précoce dont l'efficacité est reconnue par l'ensemble de la communauté scientifique. La première est la méthode sexo-comportementale élaborée par Masters et Johnson en 1970 sur la base notamment des observations antérieures de Semans (1956). Depuis sa mise au point en 1970, cette méthode n'a, dans ses grandes lignes, guère évolué ; à ce titre on peut désormais la qualifier de «méthode classique». La seconde, d'apparition plus récente, est une méthode pharmacologique : il s'agit de l'utilisation de médicaments antidépresseurs, essentiellement ceux qui ont une action sérotoninergique, les SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors).

Bien qu'elles puissent toutes deux se prévaloir d'une certaine efficacité, ces méthodes ne vont pas sans présenter plusieurs limites : nécessité d'une collaboration de la partenaire, relatif manque d'érotisme et rechutes fréquentes pour les thérapies mastersiennes ; action purement symptomatique et effets secondaires pour l'utilisation des SSRI.

Depuis quelques années, on assiste à l'émergence d'une nouvelle approche manifestement assez porteuse. Initiée par les travaux de Desjardins (1985) et De Carufel (1996), cette approche offre un éclairage inédit sur l'éjaculation précoce et ouvre de nouvelles options thérapeutiques. La méthode d'intervention met principalement l'accent sur une régulation de l'excitation et de la tension sexuelle durant les rapports. Par souci de concision terminologique, nous la dénommerons «méthode régulatrice»⁽¹⁾. Les premières études d'efficacité font état de résultats encourageants. Il semble que pour une efficacité au moins équivalente, cette méthode permette d'évacuer une part des limites propres à l'approche mastersienne classique.

Après une revue succincte des méthodes classique et pharmacologique, de leurs conditions d'efficacité et de leurs limites, le présent article propose un argumentaire théorique et clinique à l'appui de la méthode régulatrice.

L'Approche sexo-comportementale classique

La première méthode de traitement de l'éjaculation précoce dont l'efficacité peut être valablement attestée fut proposée en 1970 par Masters et Johnson. Elle repose sur deux principes :

- 1) Un principe d'éducation sexuelle et de sensibilisation érotique d'abord, qui prévaut durant la première phase du traitement. Il s'agit à ce stade de délivrer aux couples des informations concernant la physiologie des réactions sexuelles et de leur proposer une série d'exercices visant à élargir leur répertoire cognitif, sensoriel et comportemental en sorte de rendre les activités sexuelles plus appropriées à l'expérience d'un plaisir érotique qui tienne compte des réalités du corps. Ces exercices ont pour noms «caresses désintéressées» et «focalisation sensorielle», leur ambition est d'instaurer un climat érotique non anxiogène tout en favorisant une gestuelle et un ressenti centrés sur la notion de plaisir plutôt que sur une conception stéréotypée du rapport sexuel (i.e. un coït d'une durée X), le fond doit primer sur la forme. Notons que ce principe d'éducation sexuelle et de sensibilisation érotique est en vigueur dans le traitement de pratiquement toutes les dysfonctions sexuelles d'origine non organique, on peut dès lors le qualifier de «principe commun».
- 2) Au principe thérapeutique commun, se greffent ensuite des exercices de type stop and go qui sont, eux, tout à fait spécifiques du traitement de l'éjaculation précoce. Le stop and go consiste en une stimulation du pénis suivie d'une phase d'arrêt (stop) dès que l'homme perçoit l'imminence de son orgasme. Une fois passées les sensations d'imminence éjaculatoire, la stimulation est reprise (go) jusqu'à ce que se renouvellent les sensations pré-orgasmiques (stop), et ainsi de suite durant une séquence plus ou moins longue. En un premier temps les stimulations pénienues s'effectuent manuellement (auto- et hétéro-stimulation) et dans un second temps de manière coïtale. Cette procédure vise à une meilleure reconnaissance des sensations annonciatrices de l'orgasme et à la (ré)acquisition

progressive d'un contrôle sur ce dernier. Elaborée par Semans en 1956, la technique stop and go se complète chez Masters et Johnson d'une compression de la couronne du gland en phase d'arrêt, le «squeezing». L'adjonction du squeezing sera par la suite jugée superflue (Kaplan, 1974).

Le traitement s'adresse au couple. Pendant toute sa durée, il est demandé aux partenaires de suspendre leurs activités sexuelles habituelles et d'y substituer les exercices thérapeutiques décrits ci-dessus. On s'attend à ce qu'à son terme les partenaires aient modifié leur manière de voir et d'agir la sexualité et que l'homme contrôle mieux ses délais d'éjaculation.

Dans leur étude princeps, Masters et Johnson rapportent une amélioration significative chez 98% des patients traités selon cette méthode. Plusieurs études ultérieures font état de taux d'amélioration plus ou moins similaires : celles de Golden, Price, Heinrich & Lobitz (1978), de Kaplan (1974), de Leiblum, Rosen & Pierce (1976) et de Segraves & Althof (1998) pour n'en citer que quelques-unes.

En dépit d'une efficacité difficilement contestable, la méthode classique ne va pas sans présenter des inconvénients :

« La méthode n'est efficace que lorsque le stop and go (principe spécifique) s'appuie sur un élargissement concomitant de la sensibilité et de la gestuelle érotique globale (principe commun), autrement dit les deux agents thérapeutiques sont indissociables ; Masters et Johnson (1970) ; Polonsky (2000) ainsi que Zeiss (1978) et Zeiss, Christensen & Levine (1978) ont insisté sur ce point. Cependant, tant en raison de sa spécificité que de son apparente simplicité, le stop and go se voit souvent proposé en qualité de modalité thérapeutique unique, avec l'échec pour résultat fréquent (Polonsky, 2000 ; Tremblay, 1993). Il est d'ailleurs de l'expérience commune de tout sexothérapeute de rencontrer des éjaculateurs précoces relatant une absence totale d'amélioration malgré une pratique antérieure mais exclusive du stop and go, ce, soit sur le conseil d'un clinicien non rompu à la sexothérapie, soit encore sur les recommandations de revues populaires

⁽¹⁾ Cette méthode est parfois aussi appelée «sexo-corporelle» ou «sexologique globale», du nom d'une approche générale de la sexothérapie dont se réclament certains de ses promoteurs

de vulgarisation.

- ☛ Ceci n'étant probablement pas sans rapport avec cela, les bases théoriques de la méthode apparaissent relativement floues ; les recherches n'ont jamais pu confirmer l'intervention des mécanismes dysfonctionnels supposés être à l'origine du trouble (perception déficiente des sensations pré-orgasmiques, défaut conditionné de contrôle éjaculatoire) et sensés justifier le stop and go. L'explication tant du trouble lui-même que des vecteurs thérapeutiques efficaces est ainsi laissée ouverte (Kockott, Feil, Revenstorf, Alsenhoff & Basinger, 1980 ; Strassberg, Kelly, Carroll & Kircher, 1987).
- ☛ Même rigoureusement appliquée, l'approche mastersienne tend à s'accompagner d'importants taux de rechute, jusqu'à 75% trois ans après la fin du traitement affirment Segraves & Althof (1998). Les automatismes anciens refont souvent surface et nécessitent des relances thérapeutiques (Mc Carthy, 1989 ; Polonsky, 2000).
- ☛ Enfin, le stop and go requiert la collaboration active de la partenaire et son caractère en soi peu érotique peut quelquefois rebuter certain(e)s patient(e)s (Trudel, 2000), ce qui réduit le nombre de cas auxquels la méthode peut trouver à s'appliquer.

L'Approche Pharmacologique

Certains antidépresseurs, en particulier les sérotoninergiques (SSRI), permettent d'augmenter la latence éjaculatoire. L'efficacité de ces médicaments procéderait essentiellement de leur action sur les récepteurs 5-HT_{2C} réputés impliqués dans le réflexe éjaculatoire (Olivier, Van Oorschot & Waldinger, 1998 ; Waldinger, Zwinderman & Olivier, 2001).

Geste simple et souvent efficace, la prescription de SSRI est une stratégie fort utile lorsque les personnes sont incapables ou non désireuses de s'investir dans un processus sexothérapeutique. Elle présente en outre l'avantage de ne pas impliquer un partenaire.

L'option pharmacologique comporte toutefois, elle aussi, plusieurs limites :

- ☛ Son action est purement symptomatique. Dans la mesure où ils ne permettent en rien l'apprentissage d'une gestuelle mieux adaptée à la gestion du continuum excitation-orgasme, les SSRI demeurent sans effet sur la cause la plus vraisemblable du problème (Mc Carthy, 1994 ; Trudel, 2000). Le maintien de l'amélioration exige par consé-

quent une utilisation prolongée de la médication, ce qui soulève deux problèmes épineux : celui du coût du traitement et celui de ses effets indésirables possibles (i.e. prise de poids, sédation, troubles gastro-intestinaux).

- ☛ Parmi les effets indésirables des SSRI, on relève en outre des risques de déficience érectile et de baisse du désir. Ce point mérite une considération particulière car il jette le doute sur le mode d'action du médicament : son efficacité provient-elle réellement d'une action sélective sur la physiologie de l'éjaculation ou ne procède-t-elle pas plutôt d'une diminution globale de la réactivité sexuelle ? En d'autres termes, ne peut-on penser que l'augmentation de la latence éjaculatoire soit le simple produit d'une diminution de l'appétit et de l'excitation sexuelle ? La neurophysiologie sexuelle comporte encore de nombreuses inconnues et, à l'heure actuelle, il semble difficile de réfuter totalement cette possibilité.
- ☛ Enfin l'option pharmacologique élude la question du plaisir au sein du couple, une question souvent problématique qui ne se réduit pas forcément au seul critère de latence éjaculatoire (Levine, 1992 ; Trudel, 2000).

Pour toutes ces raisons, la prescription d'antidépresseurs devrait idéalement rester une stratégie de second recours, elle ne devrait s'appliquer qu'en cas d'impossibilité ou d'insuccès d'une approche psychosexologique. Cependant, au motif sans doute de sa simplicité relative, elle tend fréquemment à être employée en première intention.

L'Approche Régulatrice

L'intérêt d'une nouvelle approche

On doit certainement reconnaître sa part de succès à la méthode sexo-comportementale classique. Encore faut-il toutefois qu'elle soit correctement appliquée, ce qui ne va pas toujours de soi. Telle que diffusée dans le public, cette méthode tend effectivement à se réduire à sa seule composante stop and go, et elle produit alors des résultats décevants qui oeuvrent à son discrédit. En outre, la nécessité d'une collaboration de la partenaire constitue une sérieuse limite à son application, et l'aspect peu érotique de certains exercices peut être même un argument dissuasif. Enfin, elle pose également un problème théorique puisque les postulats étiologiques et thérapeutiques qui ont fondé sa formalisation apparaissent aujourd'hui

incertains. Les diverses lacunes ainsi associées à la méthode classique ne sont probablement pas étrangères à une propension actuelle à sur-utiliser les SSRI, un traitement simple mais purement symptomatique qui pose une série d'autres problèmes. Quoiqu'il en soit de ses limites, la méthode classique, lorsqu'elle est possible et correctement appliquée, s'avère réellement efficace. Dans la mesure où elle s'appuie sur des facteurs d'apprentissage, elle nous convainc de la nature essentiellement psychologique du trouble, même si dans leur détail les mécanismes étiologiques en cause ne sont pas ceux qu'avaient imaginé les initiateurs de la méthode.

A partir de ces constats, un souhait s'impose, celui de mieux cerner l'étiologie du trouble pour en déduire une méthode de traitement aussi efficace mais plus souple que la méthode classique. Une revue de plusieurs travaux jette sur cette perspective une lueur d'optimisme.

Révision de l'étiologie

Au fil des recherches, l'idée s'est répandue que l'éjaculation précoce ne résidait pas, comme pouvait le laisser supposer la distinction classique entre les phases excitatoire et orgasmique de la réaction sexuelle, en un contrôle déficient du réflexe éjaculatoire lui-même mais en une gestion inadéquate de l'excitation (Polonsky, 2000 ; Poudat & Jarousse, 1992 ; Zilbergeld, 1992). En effet, il est parfaitement incohérent de vouloir établir un contrôle sur ce qui est clairement un réflexe incontrôlable. D'ailleurs, le plus élémentaire bon sens montre que même les hommes qui ne souffrent pas d'éjaculation précoce ne peuvent empêcher le réflexe éjaculatoire de se produire. Tout ce qu'ils font, c'est ralentir la montée excitatoire qui conduit au réflexe. En termes de séquence critique, ce n'est pas tellement dans la phase juste pré-orgasmique (sur laquelle se centre principalement le stop and go) qu'il faut chercher l'explication du trouble mais dans l'ensemble de la phase d'excitation ; c'est la manière dont l'homme se comporte et gère ses sensations tout au long de l'activité sexuelle qui semble être le principal facteur responsable de la rapidité de l'éjaculation.

Selon Kinsey, Pomeroy & Martin (1948) et Hong (1984), l'éjaculation rapide serait d'ailleurs la norme biologique, elle obéirait à une logique naturelle de montée orgasmique rapide commune à la majorité des mammifères, cette montée rapide représentant un atout sur le plan de la sélection naturelle. L'argument est en gros le suivant : un coût fécondant d'une durée

brève offre une garantie contre les perturbations que le milieu est susceptible d'opposer à la séquence reproductrice, la survie d'un prédateur par exemple ou les harcèlements d'un rival. En éjaculant rapidement dans le vagin de sa partenaire, l'animal mâle maximise donc ses chances de transmettre ses gènes. Bien sûr, du strict point de vue de la sélection naturelle, la question du plaisir et de l'orgasme de la femelle apparaît assez superflue : que madame Guenon ou madame Lapine se plaigne de la brièveté du rapport ne pose aucun préjudice à la pérennité de l'espèce, il suffit seulement qu'elle montre un minimum de réceptivité. Pour sa part, la sexualité humaine s'est affranchie de sa simple visée reproductrice et, au sein de nos cultures occidentales, le plaisir de la compagnie se voit souvent intégré au rang des finalités ; aussi l'homme peut-il être mené à vouloir différer son éjaculation. Pourtant il reste aussi un mammifère comme les autres, naturellement programmé à une montée orgasmique rapide. Dans ces conditions, le comportement sexuel de l'homme doit inévitablement s'écarter du schème copulatoire naturel qui le pousse pour ainsi dire instinctivement à l'éjaculation rapide.

Les impératifs culturels qui confèrent à la sexualité humaine sa dimension proprement érotique inscrivent le développement d'une gestuelle amoureuse adaptée dans une logique d'apprentissages capables de moduler les automatismes sensori-moteurs qui tendent naturellement à écourter la durée du coït. Ces apprentis-

sages portent d'une part sur la relativisation de la modalité coïtale en qualité de vecteur du plaisir et, d'autre part, sur une gestion de l'excitation alternative à celle, naturelle, qui précipite le réflexe éjaculatoire. Les éjaculateurs précoces se caractériseraient par la déficience de tels apprentissages, des seconds en particulier.

Mais quelle est concrètement cette mécanique de montée orgasmique rapide dont les éjaculateurs précoces ont tant de mal à s'écarter ? On peut la concevoir comme un processus d'accroissement exponentiel de l'excitation dû aux renforcements réciproques de différents réflexes sensoriels et moteurs. La Figure 1 en résume les principales étapes, en voici le commentaire. L'excitation s'exprime notamment par des sensations éprouvées au niveau du pénis ; l'apparition de ces sensations renforce en retour l'état d'excitation (Sakheim, Barlow, Beck & Abrahamson, 1984 ; Virag, 1997). A l'instar de tout état émotionnel, l'état d'excitation provoque également chez le sujet une focalisation attentionnelle sur les stimuli déclencheurs (Bastien & Bastien-Toniazzo, 2002 ; Sbrocco & Barlow, 1996), à savoir ici des stimuli érogènes tels les formes et comportements de la partenaire et les sensations pénienues. Ce processus d'attention sélective aiguise la réceptivité de l'homme à ses sensations pénienues et par conséquent accroît encore son excitation. Au niveau moteur, la focalisation sensorielle sur la zone génitale s'accompagne d'une mobilisation de la musculature du bassin et d'une inhibition motrice des autres zones muscu-

lares : tous les muscles sont tendus mais seul ou à peu près le bassin est mobile (Crépault & Desjardins, 1978 ; Desjardins, 1985). Ceci se traduit par des mouvements copulateurs de plus en plus rapides et saccadés qui ont pour effet de renforcer l'afflux et la concentration des sensations pénienues, donc l'excitation (Birch, 1998 ; Zilbergeld, 1992). Sur le plan neurophysiologique, l'excitation entraîne, entre autres réactions, une activation progressive du système nerveux orthosympathique (Wolchik et al., 1980), lequel est précisément responsable du déclenchement de l'éjaculation (Allgeier & Allgeier, 1989). Physiologiquement, la rapidité de l'éjaculation dépend ainsi étroitement de l'intensité de l'excitation. Notons au passage qu'un stress surajouté - on songe en l'occurrence à la crainte d'éjaculer trop vite - se solde fréquemment par une surenchère en matière d'activité orthosympathique et tend donc à accélérer encore la survenue de l'éjaculation. L'activation orthosympathique donne enfin lieu à une tension musculaire généralisée et à une augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire qui viennent à l'appui du schéma sensori-moteur décrit précédemment. Bref les différentes réactions sensorielles, motrices, attentionnelles et neurophysiologiques mises en oeuvre dans l'excitation sexuelle en viennent à se potentialiser mutuellement et à précipiter le réflexe éjaculatoire comme si, dans sa dynamique naturelle, l'excitation se nourrissait d'elle-même sur un mode exponentiel. On pourrait évoquer à son propos l'image d'un court-circuit électrique : l'éjaculation c'est le fusible qui saute.

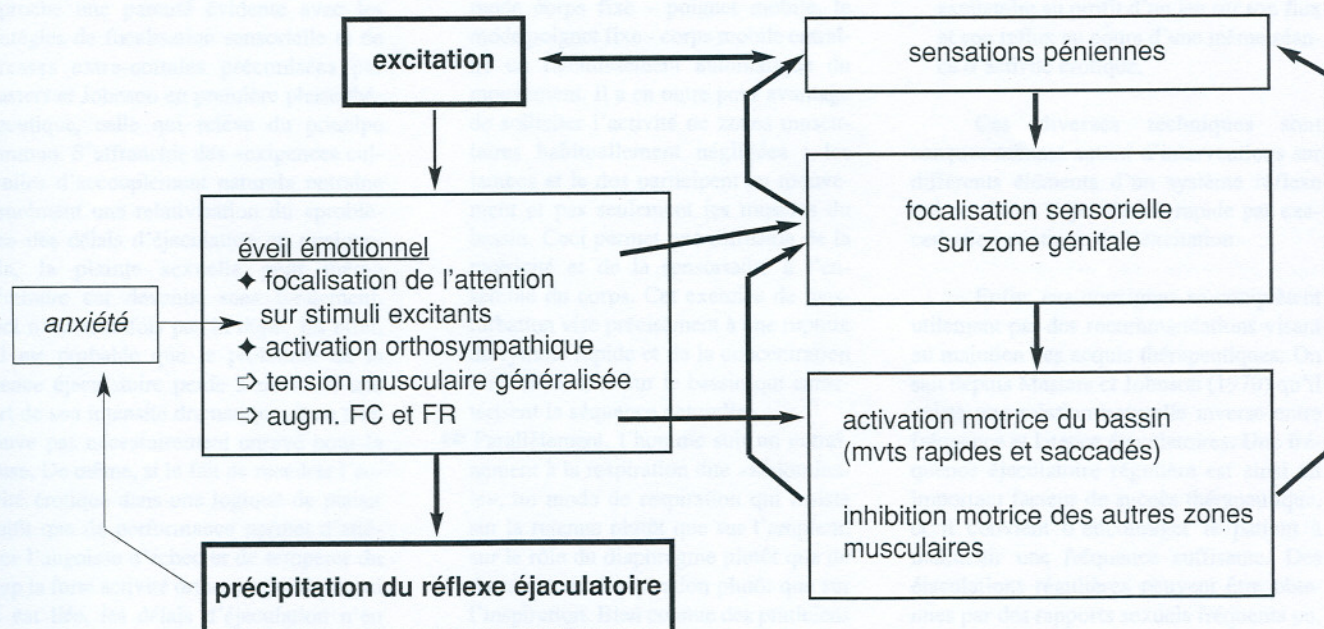


Figure 1

L'éjaculation rapide comme résultat d'un processus naturel d'accroissement exponentiel de l'excitation dû aux renforcements réciproques de plusieurs réflexes

Implications thérapeutiques

Si ce modèle est pertinent, le traitement de l'éjaculation précoce doit essentiellement miser sur des apprentissages qui permettent au comportement érotique de rompre avec le schéma copulatoire naturel. Il convient dans ce cas :

1. de relativiser l'importance du coït en tant que mode d'obtention du plaisir et
2. d'acquérir une gestuelle qui fasse obstacle à la montée orgasmique rapide : ralentissement du mouvement coïtal, diffusion de la motricité et de la sensorialité dans l'ensemble du corps, pondération de l'activité orthosympathique.

1. relativiser l'importance du coït

Ce premier pan du traitement consiste en des informations sexuelles destinées à aider les patients à réaliser qu'un fonctionnement érotique de qualité n'est pas forcément tributaire d'un schéma comportemental stéréotypé calqué sur un modèle naturel à finalité reproductive, à savoir le coït et, à plus forte raison, un coït continu fait de mouvements rapides et vigoureux. A l'appui de ces informations, diverses propositions de caresses auront pour but d'élargir le répertoire comportemental et sensoriel des patients. L'idée est ici qu'un plaisir intense peut légitimement s'obtenir par des voies autres que celles prescrites par certains standards comportementaux étroits. On retrouve dans cette approche une parenté évidente avec les stratégies de focalisation sensorielle et de caresses extra-coïtales préconisées par Masters et Johnson en première phase thérapeutique, celle qui relève du principe commun. S'affranchir des «exigences culturelles d'accouplement naturel» entraîne assurément une relativisation du «problème» des délais d'éjaculation et, quelquefois, la plainte sexuelle peut même s'éteindre car devenue sans fondement. Ceci n'est toutefois pas la règle. En effet, s'il est probable que le problème de la latence éjaculatoire perde à ce stade une part de son intensité dramatique, il ne s'en trouve pas nécessairement enrayé pour la cause. De même, si le fait de recadrer l'activité érotique dans une logique de plaisir plutôt que de performance permet d'atténuer l'angoisse d'échec et de tempérer du coup la forte activité orthosympathique qui lui est liée, les délais d'éjaculation n'en ressortent pas forcément augmentés pour autant. Enfin, il est indéniable qu'une part non négligeable des gens qui souhaitent augmenter leur latence éjaculatoire relativisent d'emblée l'impératif d'une sexualité coïtale. Beaucoup sont parfaitement

capables d'éprouver et de faire éprouver du plaisir par d'autres modalités, simplement ils aspirent aussi à améliorer leurs coïts, ne serait-ce qu'à titre de «cerise sur le gâteau». Tout ceci justifie le deuxième volet du traitement.

2. contrecarrer la montée orgasmique rapide

Bien que relativiser l'importance du coït soit capitale, cela n'annihile pas tout à fait la légitimité d'une aspiration à en prolonger la durée. Cette aspiration requiert l'apprentissage d'une gestuelle copulatoire propre à différer l'éjaculation. A cette fin, De Carufel (1996), De Carufel & Trudel (1997) et Desjardins (1985) proposent une série de techniques originales qui semblent assez bien épouser la logique d'une modulation des divers mécanismes réflexes oeuvrant à l'exacerbation naturelle de l'excitation. Ce sont surtout ces techniques qui confèrent sa spécificité à l'approche régulatrice. En voici les principales composantes :

☞ L'homme est invité à se masturber d'une manière spécifique : il se couche sur le dos, sa main enserre son pénis mais reste fixe, le mouvement masturbatoire est produit par le mouvement du bassin. Ce mode masturbatoire (poignet fixe - corps mobile) est l'inverse du mode le plus répandu dans la population masculine, un mode corps fixe - poignet mobile qui tend à reproduire le rythme copulatoire naturel. Contrairement au mode corps fixe - poignet mobile, le mode poignet fixe - corps mobile entraîne un ralentissement automatique du mouvement. Il a en outre pour avantage de solliciter l'activité de zones musculaires habituellement négligées : les jambes et le dos participent au mouvement et pas seulement les muscles du bassin. Ceci permet une diffusion de la motricité et de la sensorialité à l'ensemble du corps. Cet exercice de masturbation vise précisément à une rupture du rythme rapide et de la concentration sensori-motrice sur le bassin qui caractérisent la séquence naturelle.

☞ Parallèlement, l'homme suit un entraînement à la respiration dite «abdominale», un mode de respiration qui insiste sur la retenue plutôt que sur l'ampleur, sur le rôle du diaphragme plutôt que du thorax et sur l'expiration plutôt que sur l'inspiration. Bien connue des praticiens de la relaxation, la respiration abdominale est l'exact opposé de celle qui s'exprime dans les états d'émotion forte et d'excitation, elle caractérise davantage les états de détente et procède d'une inhibition du système orthosympa-

thique. En intervenant sur la respiration, on espère tempérer la réaction orthosympathique directement responsable de l'émission spermatique. On attend également de cet exercice qu'il modère l'accroissement du rythme respiratoire, de la fréquence cardiaque et de la tension musculaire qui marque ordinairement l'exacerbation de l'excitation. Une fois cette technique respiratoire acquise, il est demandé au patient de l'intégrer à ses exercices de masturbation et de synchroniser le mouvement de poussée avec l'expiration et le mouvement de retrait avec l'inspiration, le tout devant favoriser un rythme, une décentration sensori-motrice et une eutonie capables de ralentir le processus de montée excitatoire.

☞ Lorsque l'homme est suffisamment familiarisé à cette nouvelle gestuelle copulatoire, il est invité à l'appliquer en situation coïtale.

☞ Préalablement à cette dernière phase, on aura eu soin de recommander au patient de privilégier les préliminaires longs, ceci afin qu'il puisse s'habituer à éprouver des sensations d'excitation sans précipiter l'exécution de la chaîne réflexe. Il lui aura également été conseillé de ne pas procéder à l'intromission au moment où l'excitation est intense mais d'attendre plutôt que celle-ci retombe quelque peu. De même, on lui aura fait valoir l'opportunité de marquer des pauses durant le coït (notons ici une certaine ressemblance avec le stop and go de la thérapie classique). Ces consignes visent à l'abandon d'une approche linéaire de la montée excitatoire au profit d'un jeu sur son flux et son reflux au cours d'une même séance d'activité érotique.

Ces diverses techniques sont conçues comme autant d'interventions sur différents éléments d'un système réflexe qui conduit à l'éjaculation rapide par exacerbation continue de l'excitation.

Enfin, ces consignes se complètent utilement par des recommandations visant au maintien des acquis thérapeutiques. On sait depuis Masters et Johnson (1970) qu'il existe une relation naturelle inverse entre fréquence et latence éjaculatoires. Une fréquence éjaculatoire régulière est ainsi un important facteur de succès thérapeutique, et il convient d'encourager le patient à maintenir une fréquence suffisante. Des éjaculations régulières peuvent être obtenues par des rapports sexuels fréquents ou, si la partenaire n'en ressent pas l'envie, par des activités masturbatoires individuelles. Dans ce cas l'homme devra veiller à se masturber lentement et longtemps s'il ne veut pas renforcer les mécanismes d'éjaculation rapide.

1. Relativiser l'importance du coût

- a. *Intervention cognitive* : défaire les croyances dysfonctionnelles (i.e. «plaisir exige coût» ; «coût exige mouvements rapides, vigoureux, continus»)
- b. *Intervention comportementale* : expérimenter des caresses alternatives

2. Contrecarrer la montée orgasmique rapide

- a. *Intervention cognitive* : informations sur le processus d'exacerbation automatique de l'excitation et sur les possibilités de le contrecarrer
- b. *Intervention comportementale* :
 - ◆ Masturbation poignet fixe – corps mobile
 - ⇒ ralentissement du mouvement copulatoire
 - ⇒ diffusion de la motricité et de la sensorialité dans l'ensemble du corps
 - ◆ Respiration abdominale
 - ⇒ inhibition des effets de l'activation sympathique (dimin. FC, FR et tension musculaire)
 - ⇒ diffusion de la tension sensori-motrice
 - ◆ Synchronisation masturbation – respiration abdominale
 - ◆ Application en situation coïtale
 - ◆ Préliminaires longs, marquer des pauses
 - ⇒ s'habituer aux sensations d'excitation sans précipiter la chaîne réflexe
 - ⇒ rompre l'accroissement continu de l'excitation
- c. *Consignes de maintien* (fréquence, lenteur, durée)

Tableau I

Etapes d'un traitement de l'éjaculation précoce par régulation de l'excitation

Les points essentiels de la méthode régulatrice sont repris au *Tableau I*.

À la différence de la méthode classique, fort centrée sur le couple, la méthode régulatrice s'adresse principalement à l'homme, la femme y tient un rôle moins interventionniste. La compagne peut bien sûr participer aux séances, et sa collaboration s'avère parfois très complémentaire, mais en règle générale conseils et exercices s'adressent presque exclusivement au partenaire masculin. C'est progressivement que celui-ci parviendra à appliquer les différentes techniques en situation interactive, de manière assez naturelle, sans qu'il ne faille opérer des ruptures du climat érotique comme c'est plus ou moins le cas avec la thérapie classique et son programme structuré d'exercices parfois peu compatibles avec une ambiance sensuelle et érotique (i.e. suspension des activités sexuelles habituelles du couple, retraits vaginaux systématiques avec éventuellement compression par la partenaire de la couronne du gland). Cette méthode peut ainsi sembler plus élégante et davantage à même de surmonter l'obstacle des résistances ou de l'indisponibilité de la compagne.

Evaluation de la méthode régulatrice

Trudel (2000) a comparé les résultats obtenus sur 36 couples présentant un

problème d'éjaculation précoce selon qu'ils étaient traités soit par la méthode classique, soit par la méthode régulatrice ; un groupe contrôle était constitué de sujets laissés en attente de traitement. Des améliorations très significatives ont été observées à l'identique dans les deux groupes thérapeutiques, tant en ce qui concerne la latence éjaculatoire que la satisfaction. En comparaison, les sujets contrôles ne présentaient aucune amélioration.

Les constats d'efficacité clinique rapportés par Trudel ne démentent manifestement pas la validité de l'approche régulatrice. Par ailleurs, cette étude ne dévoile aucune supériorité de la méthode régulatrice sur la méthode classique. Il est vrai que, bien qu'elle soit fondée sur un modèle théorique imprécis, la méthode classique est en général reconnue comme efficace, pour peu du moins qu'elle soit correctement appliquée et que la partenaire collabore. Or ces deux derniers points sont précisément ceux qui posent le plus de problèmes avec la méthode classique. C'est par conséquent en termes de souplesse d'application plutôt que d'efficacité au sens strict que sont attendus les avantages de la méthode régulatrice, on l'appréciera surtout sur la base de critères de simplicité d'usage, d'élégance et d'économie d'une collaboration active de la partenaire... Outre bien entendu la satisfaction intellectuelle procurée par sa meilleure validité théorique.

L'étude de Trudel ne permet guère de comparer les deux méthodes selon de tels critères, ils semblent avoir été neutralisés. Les patients venaient en effet tous en couple de sorte que la collaboration de la compagne apparaissait également acquise dans chaque groupe, et les thérapies étaient menées par des praticiens chevronnés de sorte que la méthode classique n'était guère suspecte d'un mésusage dû à une mauvaise compréhension de son mode d'exercice.

Nous ne connaissons à l'heure actuelle pas d'études randomisées visant à évaluer les deux méthodes sous l'angle de leur souplesse. Une étude de De Sutter, Reynaert, Van Broek & De Carufel (2002) fournit toutefois des indications intéressantes à ce propos. Cette étude visait à évaluer l'impact d'une bibliothérapie fondée sur la méthode régulatrice. La bibliothérapie est une formule qui consiste à délivrer des consignes thérapeutiques par écrit. Dans ces conditions, les caractéristiques personnelles et conjugales du lecteur-patient échappent au contrôle du thérapeute ; on peut dès lors présumer que, par delà le critère de pertinence théorique, l'efficacité d'une bibliothérapie dépend largement aussi de sa clarté, de la simplicité et de l'élégance de la méthode qu'elle préconise et, ceci n'étant d'ailleurs pas étranger à cela, de sa capacité à contourner l'éventuel facteur de résistance imputable à la partenaire. De Sutter et ses collègues ont donc testé une bibliothérapie inspirée des prin-

cipes de l'approche régulatrice sur 64 hommes éjaculateurs précoces. Dix-sept pour-cent d'entre eux n'étaient pas en relation régulière avec une partenaire stable. Au terme du protocole, l'augmentation de la latence éjaculatoire était sensible pour environ trois quarts des sujets, et 79% faisaient état d'une impression subjective d'amélioration. Telle que présentée par ce matériel bibliothérapeutique, la méthode apparaît donc suffisamment claire et simplement applicable pour produire une amélioration dans 75% des cas. Quant aux cas de non amélioration, ils ne comptent manifestement pas davantage parmi les sujets qui n'étaient pas en couple stable, ce qui tendrait à démontrer la capacité de la méthode à réaliser l'économie d'une collaboration de la partenaire. À côté de cela, des études portant sur un matériel bibliothérapeutique d'inspiration classique donnent lieu à des résultats beaucoup plus mitigés. En termes de latence éjaculatoire, les améliorations y apparaissent soit nulles (Zeiss, 1978), soit significatives mais assorties de taux modérés de satisfaction (Trudel, Saint-Laurent & Proulx, 1985). Qui plus est, les bibliothérapies évaluées dans ces études s'adressaient exclusivement à des couples, ce qui revient à restreindre leur champ d'application et, du coup, à relativiser encore le succès de la formule. Les études de De Sutter, Zeiss et Trudel ne sont certes pas strictement comparables, elles diffèrent sur de nombreux points comme la forme du support (une présentation romancée pour la bibliothérapie d'inspiration régulatrice, un manuel pour la bibliothérapie d'inspiration classique), l'étendue de l'échantillon (effectif très réduit et seulement des couples chez Zeiss et Trudel) et le mode d'évaluation. Quoi qu'il en soit, toutes réserves méthodologiques reconnues, l'impression se dégage que la méthode régulatrice se caractérise tout de même par une plus grande souplesse d'usage. Relativement aisés à comprendre et à appliquer par des patients-lecteurs, les principes de la méthode régulatrice seraient, peut-on supposer, également simples à comprendre et à énoncer par les intervenants du domaine de la santé, voire par les médias. De là, il n'y a qu'un pas à conjecturer que, en raison précisément de sa simplicité et de son économie d'une participation active de la partenaire, la méthode régulatrice pourrait devenir une alternative séduisante à la propension actuelle à sur-utiliser les médicaments antidépresseurs en première intention thérapeutique.

Reste enfin le problème des rechutes fréquemment associées à la méthode classique. Il n'existe à notre connaissance aucune étude sur le maintien à long terme des améliorations permises

par la méthode régulatrice. Il apparaît donc à ce jour impossible d'affirmer quoi que ce soit à ce propos.

Discussion

Les recherches menées au cours des deux dernières décennies dans le champ de l'éjaculation précoce ont jeté un doute grandissant sur les considérations étiologiques initialement avancées à l'appui de la méthode mastersienne classique d'intervention. La notion «d'habitude conditionnée» évoquée en 1970 par Masters et Johnson apparaît bien vague ; insuffisamment développée en tout cas, elle laisse planer une idée fausse, celle que la survenue du réflexe éjaculatoire pourrait se voir différée du simple fait d'un reconditionnement mécanique - par le stop and go et le squeezing en l'occurrence - sans qu'il ne soit nécessaire de modifier l'ensemble de la gestuelle érotique. Quant au postulat de Kaplan (1974) qui tenait une perception déficiente des niveaux d'excitation pour cause principale du trouble, il n'a jamais pu être confirmé. Pour sa part, l'approche régulatrice semble mieux s'accorder aux connaissances actuelles concernant les mécanismes impliqués dans l'éjaculation rapide. À ce titre, on peut a priori lui supposer une meilleure *validité théorique*. Cette supposition trouve ses premiers soutiens empiriques dans deux études d'efficacité qui montrent que la méthode régulatrice produit des améliorations significatives tant sous la forme d'une guidance en entretiens face-à-face (Trudel, 2000) que sous la forme d'une bibliothérapie (De Sutter et al., 2002).

En dépit d'une validité théorique devenue caduque, la méthode classique présente tout de même une certaine efficacité, mais dans des conditions strictes d'application. En réalité, l'efficacité de la méthode classique ne se doit probablement pas tellement à une technique spécifique issue de postulats étiologiques dépassés, le stop and go, mais à l'insertion de cette technique dans une pragmatique générale de la sexothérapie. L'exercice répété du stop and go a certes pour effet de familiariser le patient au principe de la pause, au principe de la suspension d'une chaîne réflexe d'exacerbation continue de l'excitation, mais c'est surtout via l'information sexuelle et l'exercice ludique d'un programme visant à élargir le répertoire comportemental et sensoriel des partenaires qu'un tel principe parvient à s'intégrer aux activités sexuelles normales du couple. À contrario, l'expérimentation d'une montée excitatoire discontinue induite par le stop and go demeurerait totalement gratuite si

elle ne trouvait à s'inscrire dans une modification globale de l'attitude érotique. C'est d'ailleurs bien cette conclusion qu'étaient les résultats décevants régulièrement observés lorsque le stop and go est utilisé seul. Lorsqu'il est appliqué en qualité de modalité thérapeutique unique, mécaniquement, sans égards pour l'ensemble de la dynamique sexuelle et qu'il s'assortit pour ainsi dire d'attentes d'efficacité de type médicamenteux, le stop and go ne produit pas de miracles. Dans ce cas l'approche de la sexualité reste ce qu'elle est, dysfonctionnelle, et le patient demeure toujours anxieusement enclin à céder à la frénésie copulatoire, le stop and go n'aura été que pure gymnastique (Polonsky, 2000). La plupart des sexothérapeutes gardent à l'esprit que l'amélioration d'un problème d'éjaculation précoce emprunte la voie d'une rééducation érotique globale et non d'un simple reconditionnement de la phase orgasmique au sein d'une séquence d'interactions sexuelles inchangée par ailleurs. Il n'est donc pas question pour eux de dissocier le stop and go (la technique thérapeutique spécifique de l'éjaculation précoce) d'une intervention conjointe sur l'ensemble des cognitions, des comportements et des sensations sexuelles des partenaires (les techniques thérapeutiques communes à pratiquement tous les troubles du fonctionnement sexuel). Malheureusement, le caractère irréductiblement biphase de ce format thérapeutique n'a pas toujours fait l'objet d'une justification théorique et empirique claire, il est par conséquent logique que l'irréductibilité d'un tel format échappe tant au grand public qu'à certains intervenants non spécialisés. En somme, c'est en raison de la théorisation initialement incertaine des modes d'action de la méthode classique que l'attention du public s'est exagérément focalisée sur le stop and go, ce au détriment du cadre thérapeutique général qui conditionne son efficacité. Il en résulte une tendance à appliquer le stop and go hors cadre. Souvent portée par des médias de vulgarisation et parfois même par des professionnels insuffisamment informés, cette tendance mène habituellement à l'échec. Le relatif flou théorique dont s'entoure la méthode classique se solde ainsi en un sérieux risque d'usage inadéquat. En regard de cela, le gain de validité théorique associé à la méthode régulatrice semble également s'accompagner d'un gain d'intelligibilité. Ses principes et son mode d'application apparaissent suffisamment simples pour qu'une bibliothérapie parvienne à donner des résultats appréciables. Les bibliothérapies d'inspiration classique produisent quant à elles des résultats beaucoup plus mitigés. La *simplicité* pourrait ainsi être tenue pour un avantage supplémentaire de la méthode régulatrice.

Le format assez strict qui conditionne l'efficacité de la méthode classique peut aussi être vu comme un carcan. Cette méthode doit en effet se réaliser en couple ; rares sont les études qui parviennent à démontrer son efficacité lorsqu'elle cible l'homme seul. L'exigence d'une participation de la partenaire restreint ainsi la population des bénéficiaires potentiels. De son côté, la méthode régulatrice s'adresse spécifiquement à l'homme, et l'étude de De Sutter et al. (2002), laquelle comprenait notamment des hommes sans partenaire attirée, confirme sa capacité à dépasser la contrainte d'une approche de couple : un troisième avantage à porter à son crédit.

Enfin, bien que nous ne disposions pas de données permettant d'évaluer très précisément ce critère, il ne paraît pas fantaisiste d'évoquer aussi un avantage d'élégance. Dans la méthode régulatrice, les innovations gestuelles s'incorporent assez naturellement aux activités sexuelles habituelles alors que la méthode classique préconise plutôt une suspension de celles-ci au profit d'exercices systématiques pouvant être perçus comme artificiels voire "anti-érotiques" par le patient et/ou sa partenaire, à plus forte raison si le principe du traitement est mal compris : un inconvénient de nature à limiter l'observance thérapeutique.

En conclusion, la méthode de traitement de l'éjaculation précoce par régulation de l'excitation offre d'intéressantes perspectives. Plus conforme aux connaissances actuelles, elle serait aussi d'un usage plus souple que la méthode classique et d'une efficacité au moins équivalente. Les premières évaluations empiriques fournissent des indications encourageantes à l'appui de la méthode régulatrice. Toutefois, pour des conclusions plus fermes, il serait souhaitable de procéder à des évaluations plus rigoureusement comparatives des deux méthodes et du maintien à long terme de leurs résultats.

Références

- Allgeier, A.R. & Allgeier, E.R. (1989). *Sexualité humaine : dimensions et interactions*. Montréal : CEC.
- Bastien, C. & Bastien-Toniazzo, M. (2002). Les émotions en psychologie cognitive. In A. Channouf & G. Rouan (Eds.), *Emotions et cognitions*. Bruxelles : De Boeck.
- Birch, R.W. (1998). *Male sexual endurance*. Columbus, OH : PEC.
- Crépault, C. & Desjardins, J.Y. (1978). *La complémentarité érotique*. Ottawa : Novacom.
- De Carufel, J.F. (1996). Comparaison d'un traitement comportemental et d'un traitement sexo-corporel de l'éjaculation précoce. Thèse de doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal. Cité par Trudel (2000). *op. cit*
- De Carufel & Trudel (1997). *The effects of a new method of treatment of premature ejaculation*. Miami : Association for Advancement of Behavior Therapy. Cité par Trudel (2000). *op. cit*.
- Desjardins, J.Y. (1985). L'approche sexo-corporelle : fondements théoriques et champs d'application. *Psychothérapie*, 1, 51-58.
- De Sutter, P., Reynaert, N., Van Broeck, N. & De Carufel, F. (2002). Traitement de l'éjaculation précoce par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportementale sexuelle. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12, 4, 131-136.
- Golden, J.S., Price, S., Heinrich, A.G. & Lobitz, W.C. (1978). Group vs couple treatment of sexual dysfunctions. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 593-603.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. New York : Brunner-Mazel.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. & Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Kockott, G., Feil, W., Revenstorf, S., Alsenhoff, J. & Basinger, U. (1980). Symptomatology and psychological aspects of male sexual inadequacy : Results of an experimental study. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 477-493.
- Leiblum, S.R., Rosen, R.C. & Pierce, D. (1976). Group treatment form a : mixed sexual dysfunctions. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 313-322.
- Levine, S.B. (1992). *Helping men to control ejaculation : Sexual life - A clinician's guide*. New York : Plenum.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston : Little, Brown
- McCarthy, B.W. (1989). Cognitive-behavioral strategies and techniques in the treatment of early ejaculation. In S.R. Leiblum & R.C. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy*. (2nd ed.). New York : Guilford Press.
- McCarthy, B.W. (1994). Etiology and treatment of Early ejaculation. *Journal of Sex Education and Therapy*, 20, 5-6.
- Olivier, B., Van Oorschot, R. & Waldinger, M.D. (1998). Serotonin, serotoninergic receptors, selective serotonin reuptake inhibitors and sexual behavior. *International Clinical Pharmacology*, 13, 9-14.
- Polonsky, D.C. (2000). Premature ejaculation. In S.R. Leiblum & R.C. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy*. (3rd ed.). New York : Guilford Press.
- Poudat, F.X. & Jarousse, N. (1992). *Traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles* (2^e ed.). Paris : Masson.
- Sakheim, D.K., Barlow, D.H., Beck, J.G. & Abrahamson, D.J. (1984). The effect of an increased awareness of erectile cues on sexual arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 151-158.
- Sbrocco, T. & Barlow, D.H. (1996). The cognitive component of sexual arousal. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York : Guilford Press.
- Segraves, R.T. & Althof, S. (1998). Psychotherapy and pharmacotherapy of sexual dysfunctions. In P.E. Nathan & J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work*. London : Oxford University Press.
- Semans, J.H. (1956). Premature ejaculation : A new approach. *Southern Medical Journal*, 49, 353-358.
- Strassberg, D.S., Kelly, M.P., Carroll, C. & Kircher, J.C. (1987). The psychological nature of premature ejaculation. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 327-336.
- Tremblay, R. (1993). *Couple, sexualité et société*. Paris : Payot.
- Trudel, G. (2000). *Les dysfonctions sexuelles*. Québec : Presses Universitaires du Québec.
- Trudel, G., Saint-Laurent, S. & Proulx, R. (1985). Traitement comportemental des dysfonctions sexuelles par bibliothérapie : les résultats de deux études. *Revue de Modification du Comportement*, 15, 76-81.
- Waldinger, M.D., Zwinderman, A.H. & Olivier, B. (2001). Antidepressants and ejaculation : a double-blind, randomized, placebo-controlled, fixed-dose study with paroxetine, sertraline and nefazodone. *Journal of Clinical Pharmacology*, 21, 3, 293-297.
- Wolchik, S.A., Beggs, V., Wincze, J.P., Sakheim, D.K., Barlow, D.H. & Mavissakalian, M. (1980). The effects of emotional arousal on subsequent sexual arousal in men. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 595-598.
- Zeiss, R.A. (1978). Self directed treatment of premature ejaculation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1234-1241.
- Zeiss, R.A., Christensen, A. & Levine, A.G. (1978). Treatment for premature ejaculation through male-only groups. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 4, 139-143.
- Zilbergeld, B. (1992). *The new male sexuality*. New York : Bantam.

Article Reçu le 7/02/04
et Accepté le 5/07/04